Lane Medical Library

Über primäre, isolierte Hypertrophie des supravaginalen Teiles der Cervix.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 22. Juli 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Anton Selmair

aus Wasserburg a. I.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Wilhelm Wiessler.
- Dr. med. Karl Goebel.
- Dd. med. Alex. A. Cirkler.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberprimareisoli0000anto

Seinem lieben Schwiegervater

Herrn Hans Pletl

kgl. Advokat und Rechtsanwalt in München

in treuer Anhänglichkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die physiologische Entwicklung des graviden Uterus geht unter dem Bilde einer reinen Hypertrophie dieses Organes vor sich, d. h. einer Vermehrung des normalen Muskelgewebes.

Derartige wahre Hypertrophieen finden sich in der Pathologie des nicht schwangeren Uterus unter dem Namen „Diffuse Myome“ ausserordentlich selten. Sie dürften in der Mehrzahl der Fälle nicht ohne erhebliche Vermehrung des bindegewebigen Bestandteiles der Uteruswandungen vor sich gehen und gehören wohl meist in das Gebiet der chronischen Metritis.

Die Hypertrophie erscheint uns häufig als Ergebnis der Entzündung des Uterusgewebes.

Charles Labbé klassifiziert die totale Hypertrophie in folgender Weise: er nimmt zwei Hauptformen an, die angeborene und die erworbene Hypertrophie.

I. Angeborene bei Kindern mit nicht infantilem, sondern dem geschlechtsreifen, ähnlichen Uterus.
II. Erworbene:
    a) infolge von Involutionsstörungen,
    b) infolge von nutritiven Störungen.
        1. symptomatische,
            a) nach chronischen Entzündungen (Metritis),
            b) im Anschluss an Lageveränderungen,

2. idiopatische,
   a) fibromyomatöse,
   b) teleangiectatische (Menses).

Hieher gehört der in der Literatur einzig dastehende Fall von Veit, betreffend eine 45 jährige Virgo, bei welcher der Uterus Nabelhöhe erreichte bei sehr tief stehendem, hypertrophiertem Collum.

Die partielle Hypertrophie der Gebärmutter betrifft vor allem die Cervix. Diese kann in ihren drei Abteilungen: Portio vaginalis, Portio media, portio supravaginalis, einzeln oder auch im ganzen hypertrophieren infolge mechanischen Zuges seitens der descendierten Vagina, je nachdem die vordere oder hintere Scheidenwand oder beide zugleich sich gesenkt haben bei fixiertem Uteruskörper.

So häufig diese Fälle in ihren verschiedenen Graden uns begegnen, so selten, daher um so wichtiger sind die Beschreibungen einer primären, isolierten Hypertrophie des supravaginalen Teiles der Cervix. Wichtig vor allem deshalb, weil diese Cervixanomalie bei vorhandener Schwangerschaft zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung gegeben, wichtig ferner infolge der nach falscher Diagnose eingeschlagenen Therapie.

Die folgende Arbeit soll sich mit dieser seltenen Anomalie nach verschiedenen Richtungen hin beschäftigen.

Bevor wir auf die speziellen Verhältnisse dieser Hypertrophia colli, richtiger Elongatio colli genannt, eingehen, ist es notwendig, an die wechselseitige Beziehung zwischen Corpus und Collum im Verlauf normaler Entwicklung zu erinnern.

Das Verhalten beider erfährt im extrauterinen Leben eine gründliche Umbildung. Bei den Neugeborenen

nimmt das derbe, cylindrische Collum etwa zwei Drittel der gesamten Uteruslänge ein. Der dürftig entwickelte Körper hängt schlaff am Collum meist nach vorn, selten nach hinten über. Erst gegen die Geschlechtsreife entfaltet sich der Körper, so dass etwa im 15. bis 17. Lebensjahre das Corpus zwei Drittel, das Collum ein Drittel des gesamten Uterus beträgt.

Nach Vierordts Zahlenangabe bei Jungfrauen und Frauen ergiebt:

	Jungfrauen	Frauen
die Länge des Uterus	74—81 mm	87—94 mm,
die Länge der Cervix	29—34 -	etwas mehr,
die Breite der Cervix	25 -	27—32 mm.

Demnach resultiert bei Jungfrauen ein Längeverhältnis zwischen Cervix und Corpus von 3 cm zu 5 cm, bei Frauen von 3,2 cm zu 6 cm, also eine Vergrösserung des Körpers auf Kosten der im Wachstum zurückbleibenden Cervix.

A. Martin erwähnt in seinem Vortrage vom 15. Juli 1880 in der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie als ätiologisches Moment für die Elongation des Collum die ziemlich regelmässige Erkrankung der Cervixschleimhaut, welche im stande sei, derartige Formveränderungen hervorzurufen, auch am nicht schwangeren Organe.

Die früher als angeboren beschriebenen Formen primärer Hypertrophie seien nach ihm vielmehr als Produkt einer mangelhaften Entwicklung aufzufassen. Es komme nämlich bei der Umgestaltung des infantilen zum virginellen Uterus zu Wachstumsungleichheiten. Statt dass der Körper sich schneller und voller entwickle, wachse in solchen Fällen das bis dahin infantil übergrosse Collum in gleichem Schritt mit dem Corpus und

erscheine demnach nach vollendeter Entwicklung im Verhältnis grösser als jenes.

Im Wochenbett sei nach A. Martin die primäre Hypertrophie häufig zu beobachten.

Während der Schwangerschaft wachse zugleich mit der Portio vaginalis auch die Portio supravaginalis. Träte, nachdem bei der Geburt eine gewaltige Dehnung des unteren Uterinsegmentes stattgefunden, Involutionsstörung ein, so müsse natürlicher Weise im Wochenbette eine solche supravaginale Hypertrophie resultiren.

Der zumeist ante- oder retroflektierte Uteruskörper erscheint — bei sonst normaler Grösse — klein im Verhältnis zur hypertrophierten Cervix (A. Martin), meist im Verhältnis von 4,5 cm zu 3,5 cm.

Bei einer Multiparen zehn Wochen post partum fand derselbe Autor den Gesamtuterus 9,5 cm, die Cervix 5 cm; bei einer anderen Multiparen neun Wochen post partum den Gesamtuterus 9 cm, die Cervix 5 cm lang.

Die Portio vaginalis bleibe nach A. Martin klein, meist eigentümlich conisch zugespitzt, zeige häufig Erosionen. Die leicht blutende Cervixschleimhaut sei in der Regel entzündlich geschwollen.

Ueber diese immerhin seltene Cervixanomalie besteht nur eine spärliche Litteratur, welche sich hauptsächlich an die Namen A. Martin und Hovitz knüpft.

Beide hatten eine Reihe diesbezüglicher Fälle beobachtet und samt ihren Erfahrungen teils schriftlich, teils mündlich veröffentlicht. Freilich stimmen diese Autoren weder hinsichtlich der einzelnen gewonnenen Befunde, noch hinsichtlich der Erklärung der vorliegenden Symptome vollkommen überein, so dass es angezeigt er-

scheint, durch Herbeischaffung von neuem Material diesen Gegenstand intensiver zu beleuchten.

Deshalb habe ich es unternommen, weitere Fälle, namentlich aus jüngster Zeit, den früheren von Hovitz und A. Martin veröffentlichten anzureihen, um dann das Gemeinsame der Erscheinungen, die speziellen Eigentümlichkeiten der einzelnen Fälle, die Schwierigkeiten hinsichtlich der richtigen Beurteilung, schliesslich die Hilfsmittel und Anhaltspunkte zum Zwecke einer richtigen Diagnose zu besprechen.

Von den älteren Fällen möchte der Verfasser zuerst die einst von Professor Hovitz auf dem Kopenhagener Kongresse publizierten folgen lassen. Der erste von diesen betrifft eine 44 jährige Multipara.

Diese wurde wegen eines Cervix-Carcinoms den 7. Januar 1882 mit dem Thermokauter behandelt.

Am 29. April 1882 kam sie zu Hovitz, weil man einen Tumor im Abdomen gefunden hatte, den man für eine Ovarialcyste hielt. Die ganze Zeit über hatte die Patientin intermittierende Leibschmerzen gehabt.

Im Abdomen zeigte sich ein Tumor, welcher von der Symphyse bis zum Nabel emporstieg. Derselbe war elastisch, fluktuierend, wurde von Zeit zu Zeit bei der bimanuellen Untersuchung hart, war nicht schmerzhaft und nach allen Seiten hin beweglich. Bei der rectovaginalen Untersuchung fand sich das Orificium externum klein zusammengezogen, der supravaginale Teil der Cervix fest und hypertrophisch. Wenn man dabei über die hintere Seite der Cervix hinauf ging, fand man, dass die Cervix oben über der Ebene des Beckeneinganges mit einer abgerundeten Partie endete, welche man sehr gut für den Fundus uteri halten konnte. Von der Spitze

dieser Partie ging ein kurzer, dicker Stil aus, der sich in den Abdominaltumor fortsetzte. Es war Hovitz unmöglich die Ovarien bei der rectovaginalen Untersuchung zu finden. Zwei cm links über der Symphyse hörte man die Herztöne.

Am 5. August wurde die Frau durch die Zange von einem kleinen, aber fast reifen Kinde entbunden.

Die Frau war also während der Operation im Januar schwanger und befand sich im fünften Monat der Gravidität, deren Diagnose damals Schwierigkeiten bereitete. Der Abdominaltumor zeigte sich viel grösser als er dem fünfmonatlichen Uterus entspricht, er war viel beweglicher wie gewöhnlich und fluktuierte. Die Cervix endete oberhalb des Beckeneinganges.

Der zweite Fall, welchen Hovitz anführt, handelt von einer 29 Jahre alten Multipara, welche am 21. August 1881 in seine Klinik kam. Sie hatte während der letzten zehn Wochen täglich beträchtliche Blutungen gehabt.

Über der Symphyse befand sich ein fluktuierender, nach allen Seiten leicht beweglicher Tumor von Kindskopfgrösse. Das Collum uteri war verdickt und vergrössert. Bei der Exploration per rectum zeigte sich die Cervix nach oben verlängert, in einen kugeligen Körper endigend, mit welchem durch einen kurzen Stil der fluktuirende Abdominaltumor in Verbindung stand. Die Ovarien waren nicht zu fühlen. Bei der Palpation bemerkte man intermittierende Contractionen. Die Kranke klagte über zeitweilig auftretende Leibschmerzen. Die Auskultation des Abdomen ergab nichts.

Zehn Tage später erfolgte Abort eines viermonatlichen Foetus.

Schliesslich folgen noch zwei von Hovitz beschriebene, interessante Fälle, welche dem Verfasser anhangsweise erwähnenswert erscheinen, obgleich sie den engen Rahmen unserer Betrachtung überschreiten, indem der erste keine reine isolierte Hypertrophia der Portio supravaginalis darstellt — der zweite anstatt mit Schwangerschaft, mit Myom compliciert ist.

Der erste Fall stellt eine multipara von 35 Jahren dar, deren Cervix-Hypertrophie so enorm war, dass das Orificium externum aus der Vulva hervorragte, während das Ende oberhalb des Beckens stand.

Der behandelnde Arzt hatte einen Ovarialtumor diagnosticiert und seine Patientin behufs Operation in die Klinik geschickt. Die Frau litt in der letzten Zeit an intermittierenden Leibschmerzen. Zwei cm über der Symphyse zeigte sich ein runder, harter, faustgrosser Tumor, welcher der hypertrophierten Cervix entsprach.

Hinter demselben befand sich ein zweiter von Mannskopf-Grösse, dessen oberer Teil im Abdomen, dessen unterer im kleinen Becken lag. Der grössere Tumor hing mit dem kleineren durch einen kurzen, fingerdicken Stil zusammen. Man konnte in dem ersteren kindliche Herztöne und Uteringeräusch konstatieren; derselbe war elastisch, fluktuierend. Vom Rectum aus konnte man ihn mit Leichtigkeit hinaufschieben.

Die Frau wurde rechtzeitig von einem lebenden Kinde entbunden.

Man hatte es hier mit einer Retroflexio uteri gravidi zu thun, welche mit einer gewaltigen Cervixhypertrophie kompliciert war.

Der zweite Fall, welchen Hovitz erwähnte, betrifft eine Multipara von 43 Jahren, die am 9. Dezember 1883 in seiner Klinik zur Beobachtung kam.

Über der Symphyse konnte man einen kindskopfgrossen, sehr beweglichen, fast elastischen Tumor konstatieren. — Links über dem Ligamentum Pouparti fühlte man eine tiefliegende Resistenz, bei der vaginalen Untersuchung links vor dem Uterus einen Tumor, welcher der gefundenen Resistenz entsprach. Vom Rectum aus fand Hovitz einen rundlichen Körper, welcher auf der Höhe des Beckeneinganges stand und die Verlängerung der hypertrophierten Cervix darzustellen schien. Mit dieser runden Verdickung stand der Abdominaltumor durch einen kurzen Stil in Verbindung. Die Diagnose lautete auf eine Degeneration eines Ovarium oder irgend einer anderen Neubildung, welche mit dem Uterus zusammenhing.

Am 15. Dezember überzeugte man sich bei der Laparotomie, dass man in der That einen Tumor vor sich hatte. Zwar waren die beiden Ovarien gesund und von normaler Grösse.

Der bewegliche Abdominaltumor wurde durch ein Myom des Uteruskörpers gebildet, dessen Cervix ausserordentlich verlängert war.

Demnach war Hovitz in allen von ihm angeführten Fällen zur richtigen Diagnose gelangt.

Dagegen beging Boldt in New-York bei seinem im Juli 1889 laparotomierten Falle einen folgenschweren Irrtum.

Er diagnosticierte einen im Douglas befindlichen kokusnussgrossen Tumor als eine Ovarialgeschwulst und entschloss sich zur sofortigen, operativen Entfernung derselben.

Nach der Laparotomie ergab sich ein incarcerierter, im zweiten Monate schwangerer Uterus. Dieser wurde noch incidiert und nach drei Tagen ging die Operierte an Verblutung zu Grunde.

Hierher gehört auch der im Zentralblatt für Gynäkologie, Jahrg. 1888, Seite 690 von Axel Iversen referierte Fall, betitelt „Verkannte Schwangerschaft“: Ein Fall von Schwangerschaft im fünften Monat; die Diagnose war durch Verlängerung des supravaginalen Teiles der Cervix und Hydramnion erschwert, auf Eierstockcyste gestellt. Nach der Laparotomie fand man sofort die richtige Diagnose. Tod an Sepsis.

Während des Entstehens dieser Arbeit kam in der Frauenklinik des Herrn Geheimrat Olshausen folgender interessanter Fall zur Beobachtung, worüber ich nachstehende Details einer gütigen mündlichen Mitteilung seitens des Herrn Geheimrat Olshausen verdanke.

Frau H., 44 Jahre alt, war sechsundzwanzig mal schwanger gewesen, hatte achtzehnmal ausgetragen, acht Aborte und Frühgeburten zwischen dem dritten bis achten Monat der Gravidität überstanden. Die letzte Geburt war zu Weihnachten 1889. Nach derselben fanden die Menses in normaler Weise wiederum statt, bis sie vom Oktober 1890 an unregelmässig wurden, bezüglich der Zeit des Eintrittes, indem sie sich bald nach zwei, bald nach vier Wochen einstellten, unregelmässig ferner hinsichtlich der Intensität, indem sie stärker wie früher als profuse Blutungen bis zu acht Tagen anhielten.

Die letzten Menses fanden am 8. März 1891 statt.

Bei der Aufnahme in die Frauenklinik am 24. Mai 1891 klagte die Frau über Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, welche angeblich seit vier Wochen bestehend immer mehr zunahmen.

Die bimanuelle Untersuchung ergab den Uterus retrovertiert, wenig vergrössert, den Fundus anscheinend etwas links von der Linea alba. Links neben dem Uteruskörper konnte man einen etwa gänseeigrossen Tumor palpieren, neben welchem die verdickte, linke Tube zu fühlen war. Die rechtsseitigen Annexa uteri erwiesen sich normal. Das Verhältnis des linksseitigen Tumors zur Tube genau festzustellen, war der Palpation nicht gelungen. Indes schien das laterale Ende der Tube sich zu jenem gänseeigrossen Tumor zu verdicken.

Man nahm daher eine Tubarschwangerschaft an.

Da eine zweite Untersuchung denselben Befund ergab, glaubte man der Diagnose — einer nicht geborstenen, im mediären Teile schwangeren Tube, sicher zu sein und beschloss die Laparotomie.

Als die Kranke auf dem Operationstische der Desinfection der Bauchdecken unterzogen wurde, bemerkte der desinficierende Assistent, dass sich der Befund der äusseren Untersuchung seit dem Abende vorher verändert hatte. Der bisher im Beckeneingang befindliche, ganz links gelegene Tumor hatte sich nämlich über das Niveau des Beckeneinganges erhoben und konnte von aussen allein bereits palpiert werden.

Eine jetzt angestellte Untersuchung hätte den wahren Sachverhalt zweifellos dargelegt, doch unterblieb dieselbe, weil man an der Richtigkeit der Diagnose nicht zweifelte.

Nach Öffnen der Bauchhöhle stellte sich nun heraus, dass es sich um eine uterine Schwangerschaft des dritten

Monats handelte, welche mit einer Verlängerung der Cervix kompliziert war. Der bisher sinistrolateral, stark flectierte Uteruskörper hatte sich spontan aufgerichtet.

Bei den vorangegangenen Untersuchungen hatte man das obere verdickte Ende der verlängerten Cervix irrtümlich für den Fundus Uteri gehalten.

Die vollkommen laterale Flexion des Uteruskörpers, welche einen linksseitigen Tumor vortäuschte, ist nach Olshausen eine höchst bemerkenswerte, wohl nur bei Elongatio colli uteri gravidi vorkommender Zustand, der sich aber, wie Olshausen schon mehrmals gesehen hat, bei dieser Anomalie öfter findet.

Im Übrigen hatte die Laparotomie keinerlei üble Folgen für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft.

Zum Schlusse möchte der Verfasser noch über einen charakteristischen Fall ausführlich berichten, welcher in neuerer Zeit in der geburtshülflichen Abteilung der Charité zur Beobachtung kam. Derselbe wurde mir durch die Güte des Herrn Geheimrat Gusserow überlassen und soll im Nachfolgenden veröffentlicht werden.

Die Krankengeschichte der betreffenden Patientin ist folgende:

Am 30. Oktober kam Frau H. 42 Jahre alt in die Klinik des Herrn Geheimrat Gusserow.

Die Frau wurde früher angeblich zweimal nach mehrtägigem Kreissen mittels Zange entbunden; beide Kinder waren sehr kräftig entwickelt. Die letzte Geburt fand im Jahre 1873 statt. Seitdem litt die Frau H. an Kreuzschmerzen, die zuweilen zu einer unerträglichen Höhe sich steigerten; die Menses waren regelmässig bis Mitte März 1890, wo dieselben ausblieben.

Im August 1890 begab sich Frau H. auf den Rat ihres Arztes, welcher eine Geschwulst im Unterleibe diagnosticiert hatte, behufs Operation zu Herrn Dr. Nagel. Dieser nahm am 15. September die Untersuchung in Narkose vor.

Dicht hinter der Symphyse, etwas nach rechts, fühlte man einen länglichen, harten Körper von der Grösse einer Birne, welcher die Gestalt eines vergrösserten Uterus darbot und auch als solcher gedeutet wurde. Hinter dem Uterus, im Cavum Douglasii lag ein orangegrosser, weich elastischer Tumor, welcher dem Uterus breit aufsass und von diesem nicht zu trennen war. Der Tumor überragte den für den Fundus Uteri gehaltenen Teil um einige Centimeter. Schwangerschaftszeichen fehlten. Da Herr Dr. Nagel sich keine klare Vorstellung von der Natur des Tumors zu bilden vermochte und da der Zustand der Frau, abgesehen von zeitweise auftretenden Schmerzen im Unterleibe, in keiner Weise besorgnisserregend war, entschloss sich Herr Dr. Nagel die weitere Entwicklung des Tumors abzuwarten und behielt sich eine nochmalige, genaue Untersuchung vor.

Am 25. Oktober stellte sich Frau H. Herrn Dr. Nagel wieder vor.

Der Tumor war erheblich gewachsen und stand jetzt in Nabelhöhe; seine Wandungen waren schlaff, contrahierten sich aber durch längeres Betasten. Durch dieselben fühlte man die kleinen Teile eines lebhaft sich bewegenden Kindes; auch waren Herztöne deutlich hörbar. Die genauere Untersuchung (ohne Narkose) ergab, dass der oben erwähnte, für den Uterus gehaltene Körper dicht hinter der Symphyse etwas nach rechts, deutlich zu fühlen war; derselbe erschien jedoch kleiner und weicher als bei der ersten Untersuchung. Es hatte den

Anschein als konnte man ihn ganz von dem Fruchtsacke abgrenzen.

Herr Dr. Nagel verwies nun die Patientin in die Charité, wo am 30./10. folgender Befund konstatiert wurde:

Aus beiden, ziemlich voluminösen Brüsten der kräftigen, gut genährten Frau konnte man Colostrum ausdrücken. Der mit starkem Panniculus adiposus versehene Unterleib hatte einen Umfang von 99 Centimeter.

Im Abdomen fühlte man einen aus dem kleinen Becken bis zur Nabelhöhe aufsteigenden Tumor. Seine Wandungen zeigten sich schlaff, kleine Teile, sowie kindliche Herztöne konnten deutlich wahrgenommen werden. Bei der äusseren Untersuchung drang die Hand zwischen Tumor und Symphyse tief ins kleine Becken ein. Die Vulva erschien klaffend, Scheidenschleimhaut aufgelockert, die Portio vaginalis succulent, der äussere Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig.

Die bimanuelle Untersuchung ergab hinter der Symphyse einen walzenförmigen Körper, der unmittelbar in die grosse, aufgelockerte Portio vaginalis überging. Derselbe lag vor dem Fruchtsacke und war scheinbar unabhängig von diesem. Man konnte ihn sehr wohl für den gesamten Uterus halten.

In der Narcose wurde nun eine Kugelzange in die vordere Lippe eingehakt und die Portio nach abwärts gezogen. Man vermochte jetzt eine deutliche Verbindung zwischen dem vermeintlichen Uterus und dem Fruchtsacke abzutasten. Um jedoch den inneren Zusammenhang genau festzustellen, so entschloss man sich zur Sondierung, auf die Gefahr hin, wenn es sich um supravaginale Hypertrophie handelte, dadurch die Frühgeburt zu veranlassen.

Die dicke Sonde drang durch die Cervix 21 cm tief ein, wobei der Sondenknopf deutlich durch die Bauchdecke etwas rechts von der Linea alba inmitten des Fruchtsackes gefühlt wurde. Somit war die Verlängerung des Collum und dessen directer Übergang erwiesen. Die Sondierung hatte keinerlei üble Folgen für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft.

Am 4. März 1891 wurde ein sehr kräftiges und grosses Kind in Fusslage geboren, welches während der Geburt starb. Das Wochenbett verlief ungestört.

Auffällig blieb, dass die Geburt etwa zwölf Monate nach dem Cessieren der Menses vor sich ging.

Im Vorhergehenden wurde eine Reihe von Fällen zur Anschauung gebracht, welche sämtlich darin übereinstimmen, dass sie Schwangerschaft kompliziert mit Elongatio colli darbieten, welche aber im übrigen ausserordentlich viel Verschiedenes zeigen.

Es soll demnach unsere Aufgabe sein, die gemeinsamen Erscheinungen sowohl, wie die speziellen Eigentümlichkeiten der einzelnen Fälle näherer Betrachtung zu unterziehen.

Sämtliche angeführten Fälle betreffen Multiparae, welche in der Mehrzahl dem Climacterium nahestanden. Davon kamen sechs innerhalb der ersten — vier innerhalb der zweiten Schwangerschaftshälfte zur Beobachtung.

Fast alle Gravidae klagten über intermittierende Leibschmerzen, welche mit der Schwangerschaftsdauer zunahmen.

Während Hovitz und A. Martin bei ihren Kranken eine eigentümliche, rapide Abmagerung konstatierten, zeigten die übrigen Frauen ein gesundes, ja blühendes Aussehen. Auffällig erschien A. Martin die rasche, un-

verhältnismässige Zunahme des Leibesumfanges, wobei mit dem Gefühle des Vollseins das Abdomen viel früher und stärker sich ausdehnte, als sowohl nach dem gelegentlich vermuteten, wie auch nach dem faktischen Stand der Schwangerschaft angenommen werden konnte.

Derselbe Autor vermochte in keinem Falle sichere Schwangerschaftszeichen wahrzunehmen. Dagegen vermisste Hovitz dieselben nur in einem Falle; ja es gelang ihm sogar frühzeitig (nämlich an jenem mannskopfgrossen Uterus) kindliche Herztöne zu konstatieren, während dieselben sonst, wenn überhaupt, erst von dem sechsten Graviditätsmonat ab zu hören waren.

Martin konnte stets einen Katarrh der leicht blutenden Cervix-Schleimhaut konstatieren.

Das derbe, verdickte Collum erschien in allen Fällen nach hinten gerichtet, schwer zu palpieren. Wenn man an ihm entlang ging, kam man schliesslich auf einen voluminösen Teil, welcher als Uteruskörper imponierte. Das ganze Gebilde war zumeist nach der Seite gedrängt von einem Tumor, welcher von der Grösse einer Kokusnuss bis Nabelhöhe reichend, elastisch fluktuierende Konsistenz, glatte Oberfläche, leichte Beweglichkeit und Schmerzlosigkeit auf Druck ergab.

In jenem Falle von grösster Ausdehnung des Leibes bot sich auch äusserlich sichtbare Fluktuation dar.

A. Martin fand dreimal bei den sieben, von ihm beobachteten und beschriebenen Fällen den Tumor dem vorderen Scheidengewölbe aufliegend.

Bei den vier anderen befand sich die Geschwulst rechts vom supponierten Uterus, diesen nach links drängend. Von zwei Kranken konnte man den Tumor im Douglas vom hinteren Scheidengewölbe aus palpieren. In dem Falle von Olshausen lag der Tumor vollkommen

links vom supponierten Uterus. Dieser selbst war über die Medianlinie nach rechts gerückt. Zumeist fühlte man den Tumor völlig isoliert neben dem supponierten Uterus. Hovitz gelang es in drei, A. Martin in vier Fällen, den kurzen, dicken Stil zu finden, welcher Tumor und Uterus verband und welcher als direkte Fortsetzung der verlängerten Cervix in den schwangeren Uteruskörper erkannt wurde.

Die Amnexa Uteri, insonderheit die Ovarien waren in den meisten Fällen nicht zu palpieren.

Bezüglich der Deutung der klinischen Symptome sprach sich Hovitz folgendermassen aus.

Der fragliche Tumor zeigt nach ihm eine Grösse und Breite, welche der angenommenen Zeit der Schwangerschaft sehr wenig entspricht. Jene muss sich viel bedeutender darstellen dadurch, dass man, wie er bei seinen Fällen beobachtete, den uterinen Tumor in seiner ganzen Ausdehnung fühlte, während doch in den normalen Fällen eine ziemlich grosse Partie des durch die Schwangerschaft vergrösserten Corpus sich der Betastung vom Abdomen aus entzieht. Die Geschwulst ist für den schwangeren Uterus auffallend beweglich, so zwar, dass Jedermann sie beim ersten Anblick für eine Ovarialcyste halten muss.

Ausserdem stellte er den Grundgedanken auf, dass die Elongatio colli notwendigerweise eine Elevation des Corpus uteri bedingen müsse. Infolge der freien elevierten Lage des schwangeren Uterus kann man nach seiner Meinung die kindlichen Herztöne früher als gewöhnlich hören, schon im vierten Monate der Schwangerschaft. Die Beugung des Corpus wird nach ihm, sowohl

durch die abnorme Lage des Uterus in Bezug auf die Cervix als durch eine Atrophie des Gewebes in der convexen Linie des Knickungswinkels mit einer Erschlaffung der betreffenden Uteruspartie bedingt, wodurch leicht der Stil eines Ovarialtumors vorgetäuscht werden kann.

Bezüglich der Fluktuation des Tumors, wobei er niemals Hydromnios entdeckte, bildete sich Hovitz folgende Erklärung:

Die Cervix-Hypertrophie kompliziert sich nach seiner Meinung mit einer Rigidität der Gewebe und mit einem gewissen Mangel an accommodativer Fähigkeit. Aus diesem Grunde nimmt die Cervix nicht an der succulenten, dilatierten Beschaffenheit des Corpus teil, dessen Muskelgewebe gezwungen ist sich viel mehr auszudehnen, als das gewöhnlich durch die Schwangerschaft veranlasst wird. Daher kommt es, dass die Fluktuation in der Uterushöhle so deutlich ist.

Alle Kranken klagten über intermittierende Leibschmerzen, d. h. dass sie an einer Vermehrung der normalen Schwangerschaftskontraktionen gelitten haben. Diese Vermehrung der Schmerzen deutet auf eine gewisse abnorme Ausdehnung des Uterusgewebes hin, welche sehr leicht, wie sein dritter Fall beweist, zum Abort führen kann.

Nach Martin bestehen die Schwierigkeiten der Diagnose nicht allein in der ausserordentlichen Beweglichkeit des Corpus an dem langen Collum, dessen oberstes Ende ziemlich weit im Becken zurückliegt und dadurch für die Diagnose schwer zugänglich ist — meist auch unklare Anamnese, unregelmässige Blutungen,

intermittierende Leibschmerzen, allgemeiner Kräfteverfall, lassen den Gedanken an Schwangerschaft gar nicht aufkommen.

Von seinen sieben Fällen gelangte Martin bei jener Frau, deren ganzer Leib mit einer fluctuierenden Masse ausgefüllt war, zu gar keiner Diagnose. Die Patientin sollte sich zur speziellen Untersuchung in Narkose einfinden, um die Beweglichkeit des scheinbaren Uterus und der Geschwulst festzustellen. Der Uterus erschien beträchtlich lang und dick. Martin wollte ihn erst ganz abtasten, bevor er sich zur Operation entschloss.

Die Frau, von ausserhalb, deren Rückkehr verzögert wurde, gebar nach drei Wochen unter Zunahme der Beschwerden und Abgang bedeutender Wassermengen rasch ein sehr kümmerlich entwickeltes Kind. Augenscheinlich war hier durch Hydramnios der äussere Befund vorgetäuscht worden.

Das lange, als der ganze Uterus von ihm angenommene Gebilde war die in ihrem supravaginalen Teile beträchtlich elongierte Cervix gewesen.

In den sechs übrigen Fällen fühlte Martin den Tumor wie völlig isoliert neben dem Gebilde.

Jene eigentümliche, cylindrische Anschwellung und weiter oben eine deutlich fühlbare Verjüngung dieses Stückes führte zur Annahme, dass es sich hier um den ganzen Uterus handle, an welchem mittels eines kurzen, mässig dicken Stiles eine Geschwulst hänge. Sitz und Gestalt wiesen auf die Tube hin.

Der Befund schien also mehr für eine extra- als intrauterine Schwangerschaft zu sprechen. Aber auch mit dem Bilde einer wirklichen extrauterinen Schwangerschaft deckte sich nicht der vorliegende Symptomencomplex, so dass sich endlich Martin in zwei Fällen

zur Sondierung entschloss, einmal mit positivem Resultate, wo die Sonde 21 cm tief eindrang, gelangte er zur Erkenntnis jener vermutlich mit Schwangerschaft komplizierten Cervixanomalie.

Bei den übrigen fünf Fällen kam er auf folgende Weise zur Diagnose:

Er tastete die übrigen Beckeneingeweide ab, so dass er zunächst mit Sicherheit eine Erkrankung der Ovarien ausschliessen konnte. Durch Bewegung des supponierten Uterus und gleichzeitige Mitbewegung des Tumors nahm er an, dass letzterer mit ersterem in Zusammenhang stehen müsse. Wenn er den Tumor aufrichtete, den vermeintlichen Uterus darunter schob und sich am Collum hinauftastete, fiel es ihm allerdings auf, dass der Übergang ein so unmittelbarer war, indem der Tumor in der geraden Verlängerung des Collum lag. Schliesslich noch konnte er feststellen, dass die Verdickung am Collumende durch die Knickung nur vorgetäuscht wurde. Die grosse Masse gehörte also dem Uterus an, sie hing an einem sehr beträchtlich verlängerten Collum.

Über die Natur der Anschwellung des Uteruskörpers zu entscheiden, überliess er dreimal der weiteren Beobachtung. Dieselbe ergab mit der steten Zunahme der Geschwulstmasse schliesslich sichere Schwangerschaftszeichen.

Zwei Fälle entzogen sich seiner weiteren Beobachtung, bei denen er Schwangerschaft vermutete.

Während A. Martin erst spät durch das Auftreten sicherer Schwangerschaftszeichen in der Beurteilung seiner Fälle unterstützt wurde, konnte Hovitz dieselben schon relativ frühzeitig wahrnehmen, wie das Hören von Herztönen an jenem mannskopfgrossen Tumor bewies.

Einmal vermisste er sichere Anhaltspunkte bezüglich der Deutung jener Geschwulst. Dafür gelang es ihm in allen Fällen durch Exploration per Rectum das Verhältnis des supponierten Uterus zur Geschwulst und der Elongatio colli festzustellen.

Auch in dem Falle von Olshausen brachte erst die Laparotomie den wahren Sachverhalt zu Tage, obwohl, wie dieser Autor selbst zugab, durch eingehende Untersuchung unmittelbar vor der Operation die richtige Diagnose zu stellen wohl möglich gewesen wäre. Es hatte sich nämlich der bisher sinistrolateral flectierte Uteruskörper zu der Zeit aus dem kleinen Becken aufgerichtet und war der Palpation leichter zugänglich geworden.

Lang und schwierig war der Gang der Untersuchung in unserem Falle, bis man endlich am Ziele, bei der richtigen Diagnose ankam. Wie in allen übrigen Fällen hielt man die verlängerte Cervix, welche die Configuration des Uterus täuschend imitierte, in der That für den Uterus.

Hinter diesem supponierten Uterus fand man, vom hinteren Scheidengewölbe aus, eine im Douglas befindliche, anscheinend dem Uterus breit aufsitzende, etwa kindskopfgrosse Geschwulst. Dieselbe war von runder Gestalt, glatter Oberfläche, weich elastischer Consistenz, auf Druck schmerzlos und zeigte bei Verschiebung des Uterus Mitbewegung. Doch war letztere nicht deutlich genug, um daraus Schlüsse ziehen zu können.

Es gelang der Palpation nicht, den Tumor vom Uterus zu isolieren. Den Stil, beziehungsweise die Basis jenes Tumors abzutasten, war nicht möglich. Wie sollte man nun diesen Tumor deuten?

An Schwangerschaft zuerst zu denken, verboten folgende Umstände: Man glaubte einerseits in der birnförmigen Cervix den Uterus wirklich vor sich zu haben, andererseits musste das Cessieren der Menses um so weniger auffallen, als die Frau nahe dem Climacterium stand, zu welcher Zeit Unregelmässigkeit im Eintritt und Ausbleiben der Menses zu den alltäglichen Erscheinungen gehört. Dazu kam noch, dass die Frau siebzehn Jahre steril geblieben war. Weiterhin machte das rigide, derbe Collum keineswegs den Eindruck des Bestandteiles eines schwangeren Uterus.

Auch wenn Schwangerschaft vorlag, stimmte jener Tumor seiner Grösse nach mit einem im fünften Monate schwangeren Uterus — seit fünf Monaten cessierten die Menses — nicht überein.

Die elastische Consistenz des Tumors sprach zunächst für eine cystische Geschwulst, deren Sitz und Gestalt auf das linke Ovarium hinzudeuten schien. Es ist aber bekannt, dass ein Tubarsack und ein cystisches Myom eine ähnliche Consistenz darbieten. Die Unmöglichkeit, den Tumor vom Uterus abzugrenzen und die Vergrösserung des vermeintlichen Uterus konnten zu Gunsten beider Annahmen (Tubensack oder cystisches Myom) gedeutet werden.

Jedesfalls blieb also der Befund im Allgemeinen unklar, bis man bei der nächstfolgenden Untersuchung, nämlich Ende Oktober — sieben Monate seit dem Cessieren der Menses — sichere Schwangerschaftszeichen bemerkte und dadurch auf dem Wege zur Diagnose ein bedeutendes Stück vorwärts rückte.

Jener Tumor war in letzter Zeit bis ungefähr Nabelhöhe emporgestiegen (der retroflectirte Uteruskörper hatte sich aufgerichtet), durch seine schlaffen Wandun-

gen konnte man deutlich kleine Kindsteile fühlen; hier hatte man es demnach mit Schwangerschaft zu thun. Nun war aber über die Lokalisation derselben eine sofortige Entscheidung nicht möglich. Immer noch hatte man den birnförmigen Uterus vor sich, welcher unmittelbar hinter der Symphyse vor dem Fruchtsacke liegend, scheinbar nicht in denselben überging, wozu noch kam, dass man mit beiden Händen zwischen Symphyse und Fruchtsack tief ins kleine Becken einzudringen vermochte.

So stand man nun vor der Differentialdiagnose, ob extra- oder intrauterine Schwangerschaft vorliege. Erstere schien dem jetzigen und vor allem dem früheren Befunde mehr zu entsprechen. Immerhin musste das weit vorgeschrittene Stadium der Schwangerschaft für eine noch bestehende Tubargravidität auffällig sein.

Die Anamnese ergab nichts von Blutungen, wonach man auf einen Abgang von Decidua vera hätte schliessen können. Die schnelle, beträchtliche Entwicklung des Fruchtsackes forderte aber dringend eine genaue Diagnose. So entschloss man sich denn, selbst auf die Gefahr hin, eine Frühgeburt einzuleiten, zur Sondirung des Uterus. Die Sonde drang 21 cm tief in den Fruchtsack ein und konnte von den Bauchdecken aus innerhalb desselben gefühlt werden. Es war somit die direkte Fortsetzung des supponirten Uterus in den Fruchtsack einerseits und andererseits der Erstere als die elongirte Cervix erwiesen.

Die Sondirung hatte zum Glück keinerlei üble Folgen für den weiteren Schwangerschaftsverlauf. Die Frau gebar im zwölften Monat seit dem Cessieren der Menses ein grosses, anscheinend übertragenes Kind. Sie hatte jedesfalls im dritten Monat nach dem Auf-

hören der Regel concipiert, wodurch natürlich ein Missverhältnis zwischen der berechneten Schwangerschaftszeit und dem faktischen Befund sich ergab.

Fassen wir das Ergebnis der in grösseren Zwischenräumen vorgenommenen Untersuchung zusammen, so können wir nachträglich mit Sicherheit aussprechen, dass es sich in unserem Falle um Schwängerung eines retroflectirten Uterus mit Hypertrophie des supravaginalen Teiles der Cervix gehandelt hat.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose ist von grösster Wichtigkeit, ob die Untersuchung in den ersten oder späteren Monaten der Schwangerschaft stattfand, mit anderen Worten, ob vor oder nach dem Eintreten sicherer Schwangerschaftszeichen. Sind letztere schon vorhanden, so hat man sich zu entscheiden, ob extra- oder intrauterine Schwangerschaft vorliegt.

Das Ligamentum rotundum, dessen Verlauf und Insertionsstelle kann vielleicht als Leitband für die Differentialdiagnose in einzelnen Fällen gelten. Wenn nämlich der Fruchtsack ausserhalb der Ansatzstelle oder innerhalb derselben sich befindet, so handelt es sich dabei um eine extra- oder intrauterine Gravidität.

Indes bietet dieses Band nicht Anhaltspunkte genug, um daraus sichere Schlüsse zu ziehen, da, wie bekannt, bei Drehung des Uterus um seine Längsaxe der Verlauf des Bandes nicht verfolgt werden kann, so dass es ein differentialdiagnostisches Mittel von zweifelhaftem Werte bleibt.

Während Hovitz die rectovaginale Exploration bei fixiertem Uterus betont, empfiehlt Martin einerseits die Abtastung der Beckeneingeweide, um dann per exclu-

sionem zur richtigen Diagnose zu gelangen, andererseits sich am Collum hinaufzutasten. Wenn man mit diesen Methoden nicht zum Ziele gelangt, so bleibt nur noch die Sonde als letztes Hilfsmittel übrig.

Fehlen sichere Schwangerschaftszeichen, so wird die Diagnose viel schwieriger, da der Befund an mehrere Möglichkeiten zu denken zulässt.

Bei fast allen Fällen glaubte man in dem weich elastischen, runden, sehr beweglichen und zumeist vom supponierten Uterus abgrenzbaren Tumor eine Ovarialcyste vor sich zu haben.

Der obige Symptomencomplex gestattet ferner sich zu erinnern an eine seltene Form von Neubildungen, sogenannte Hydatiden-Geschwulst, wie Cullingworth in Manchester einen Fall beobachtete — eine 20 cm lange und 12 cm breite, der hinteren Wand des Uterus breit aufsitzende Cyste, dessen Serosa vom Fundus aus über dieselbe ging.

Diese Form von Neubildung kommt ihrer grossen Seltenheit wegen kaum in betracht.

Aus dem Vorliegenden ergibt sich, dass kein einziges einheitliches Symptom vorhanden ist, welches auf jene Cervixanomalie hinwiese. Es giebt in solchen Fällen abnormer Schwierigkeit, wo kein objektiver Anhaltspunkt auf den faktischen Befund hindeutet, schliesslich nur eine Art, welche zum Ziele führt, d. i., an die verschiedenen Möglichkeiten hinsichtlich der Diagnose zu denken; insonderheit wird man bei Abdominaltumoren, welche eine genaue Deutung nicht gestatten, an eine eventuell vorliegende Elongatio colli sich zu erinnern haben.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gusserow, sowie Herrn Geheimrat Prof. Dr. Olshausen für die gütige Überlassung des Materials, desgleichen Herrn Stabsarzt Dr. Schwarze für Anregung zu dieser Arbeit und freundliche Unterstützung meinen ganz ergebensten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Durch Myome hervorgerufene, uterine Blutungen werden am schonendsten gestillt mittels des constanten Stromes nach Apostoli.

II.

Bei Asthma ist die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes nie zu unterlassen.

III.

Die alkalischen Quellen sind das beste therapeutische Mittel bei Gicht.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Anton Selmair, katholischer Confession, Sohn des Lehrers Franz Selmair, wurde am 29. Juni 1863 in Wasserburg a. I. geboren.

Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt derselbe auf dem Ludwigsgymnasium zu München, auf dem Gymnasium zu Freising, zuletzt auf dem Gymnasium zu Burghausen, welches er im August 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Anfangs November 1884 wurde er auf der Universität in München inscribiert.

Vom 1. April bis 1. Oktober 1886 diente er mit der Waffe bei der 6. Kompagnie des Kgl. bayr. Infanterie-Leibregimentes in München. Anfangs November desselben Jahres bestand er die ärztliche Vorprüfung.

Ende Oktober 1888 bezog er die Universität in Berlin, bestand das Examen rigorosum am 21. Juli 1890, wurde als Arzt approbiert vom 9. Dezember 1890. Seit 1. Febr. 1891 steht er als Einjährig-Freiwilliger-Arzt beim 2. Garde-Ulanenregiment in Berlin.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

München: Aman, Angerer, Bauer, Bollinger, Kupfer, Messerer, v. Nussbaum, Rotmund, Rüdinger, Schech, Tappeiner, Voit, Winkel, v. Ziemssen.

Berlin: v. Bergmann, du Bois-Reymond, Fränkel, Gerhard, Gusserow, Israel, Koch, Leyden, Liebreich, Jörgens, Müller, Martin, Mendel, Nagel, Olshausen, Oppenheim, Schweigger, Schweninger, Silex, Simmerling, R. Virchow, Vohwinkel, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.